

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

482

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

481

(Mention MÉDECINE)

PAR

JOZEF MANDEL

Né le 19 novembre 1912
à Drohobycz (Pologne)

LE TRACHOME EN POLOGNE

Président : M. L. TANON, Professeur

JACQUES HAUMONT
IMPRIMEUR-ÉDITEUR
14, Rue de l'Armorique
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention MÉDECINE*)

PAR

JOZEF MANDEL

Né le 19 novembre 1912

à Drohobycz (Pologne)

LE TRACHOME EN POLOGNE

Président : M. L. TANON, Professeur

JACQUES HAUMONT
IMPRIMEUR-ÉDITEUR
14, Rue de l'Armorique
PARIS

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Polonovski.
Bactériologie	Robert Debré.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générale	Baudouin.
Pathologie médicale	Abrani.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Harvier.
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Clinique médicale	Loeper.
	Carnot.
	Clerc.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Lemierre.
	Cunéo.
Clinique chirurgicale	Gosset.
	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Marion.
	Brindeau.
Clinique d'accouchements	Couvelaire.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	Ombédanne.
Clinique thérapeutique médicale	Rathery.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Clinique de la Tuberculose	Bezançon.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu.
Clinique cardiologie	Laubry.
	Hovelacque.
Professeurs sans chaire	Mulon.
	Olivier.
	Verne.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Ameline	Pathologie chirurgicale.	Lantuéjoul ...	Obstétrique.
Bariéty	Pathologie médicale.	Laroche (Guy)	Pathologie médicale.
Bénard (Henri)	Pathologie médicale.	Lelong	Pathologie médicale.
Bernard (Etienne).	Pathologie médicale.	Lemaire	Pathologie expérimentale.
Besançon (Justin).	Hydrologie.	Leveuf	Pathologie chirurgicale.
Boulin	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. Lévy ...	Pharmacologie.
Bulliard	Histologie.	Lévy-Valensi ..	Neurologie et Psychiatrie.
Cathala	Pathologie médicale.	Ménégaux	Pathologie chirurgicale.
Chevallier	Pathologie médicale.	Mollaret	Pathologie médicale.
Coste	Pathologie médicale.	Moreau	Pathologie médicale.
Dognon	Physique.	Moulonguet ...	Pathologie chirurgicale.
Fey	Urologie.	Mouquin	Pathologie médicale.
Funck	Pathologie chirurgicale.	Oberling	Anatomie pathologique.
Galliard	Parasitologie.	Petit-Dutaillis .	Pathologie chirurgicale.
Gastinel	Bactériologie.	Piédelièvre ...	Médecine légale.
De Gaudart d'Allaines ..	Pathologie chirurgicale.	Portes	Obstétrique.
Gayet	Physiologie.	Renard	Ophthalmologie.
De Gennes ...	Pathologie médicale.	Richet	Physiologie.
Giroud	Histologie.	Sannié	Chimie biologique.
Haguenau	Pathologie médicale.	Sénèque	Pathologie chirurgicale.
Halphen	Oto-rhino-laryngologie.	Troisier	Pathologie expérimentale.
Hazard	Pharmacologie.	Turpin	Pathologie médicale.
Huguenin .. .	Anatomie pathologique.	Vignes	Obstétrique.
Joannon	Hygiène.	Wilmoth	Pathologie chirurgicale.
Lacomme	Obstétrique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
Alglave	Pathologie chirurgicale.	Lardennois	Pathologie chirurgicale.
Busquet	Pharmacologie.	Leroux	Anatomie pathologique.
Chailley-Bert ..	Physiologie.	Neveu-Lemaire.	Parasitologie.
Guéniot	Obstétrique.	Philibert	Bactériologie.
		Vaudescal	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
Alajouanine ..		Basset	
Aubertin		Brocq	
Brulé		Cadenat	
Chabrol		Gatellier	Clinique
Chiray	Clinique	Heitz-Boyer	chirurgicale
Donzelot	médicale.	Moure	
Duvoir		Quenu	
Lian		Schwartz	
Pasteur-Vallery-		Velter	
Radot			
Sézary			

MM.	
Ecalle	} Clinique obstétricale.
Le Lorier	
Lévy-Solal	
Metzger	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
Chailley-Bert, agrégé ...	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Philibert, agrégé	Microbiologie.
Ruppe	Stomatologie.
Weil-Hallé	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Témoignage de ma reconnais-
sance et de ma tendresse
filiale pour les sacrifices
qu'ils ont faits pour moi
pendant mes études.*

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A MON NEVEU

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LOUIS TANON,
Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive,
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale,
Conseiller technique du Ministre de la Santé publique,
Inspecteur général des services techniques d'hygiène
de la Préfecture de Police,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,

*Qui a si généreusement accepté la
présidence de cette thèse.*

*Hommage de respect et de grati-
tude.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A NOS MAITRES A LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A NOTRE JURY DE THESE

INTRODUCTION

La lutte contre le trachome constitue généralement un problème assez compliqué, car elle comporte des difficultés non seulement d'ordre social et administratif, mais aussi celles qui résultent de la nature même du mal.

Rappelons que le trachome est une maladie chronique de surveillance médicale.

C'est une maladie contagieuse, dont on ne connaît pas encore l'agent morbide. De nombreuses théories ont été proposées au cours de ces dernières années, afin d'éclaircir l'étiologie du trachome, mais ni celle incriminant les inclusions cellulaires de Prowazek-Halberstädter, ni celle de *Bacillus granulosis*, ni celle de virus filtrant, pour ne parler que des plus probables, n'ont pas pu fournir des preuves suffisantes pour être acceptées.

C'est une affection à évolution insidieuse, comportant une longue période de début, habituellement silencieuse, ne déterminant qu'une réaction inflammatoire faible ou insignifiante et caractérisée par une série de néoformations folliculaires, en tête d'épingle, faisant saillies à la

surface de la muqueuse du rebord supérieur du cartilage tarse. A cette période le trachome n'est habituellement reconnu qu'à l'occasion d'un examen médical général. A la deuxième période, période d'état, période des granulations développées, rouges et charnues, siégeant à la face postérieure de la conjonctivite palpébrale supérieure et du cul de sac conjonctival supérieur, le trachome peut encore évoluer sans aucun trouble fonctionnel important, mais, généralement, la maladie s'accompagne d'un cortège d'infections surajoutées parmi lesquelles les plus importantes sont : hypertrophie papillaire, la conjonctivité printanière, la conjonctivité blennorragique. Cette association d'infections secondaires au trachome complique considérablement les recherches du traitement, car il est difficile de déterminer dans quelle mesure le traitement agit sur ces infections plutôt que sur le trachome lui-même. A ces deux périodes de début et d'état, le trachome est très contagieux. Par contre, sa contagiosité diminue à la troisième période, période de cicatrisation commencée, où le processus tend à une atrophie de la muqueuse et de la sous-muqueuse, particulièrement marquée au niveau du tarse où elle est bien visible sous la forme de tractus cicatriciels. Au quatrième stade — stade de cicatrisation complète, — le trachome n'est plus contagieux.

Il faut en deuxième lieu rappeler, que la maladie atteint presque exclusivement les éléments pauvres et ignorants de la population, éléments parmi lesquels la propagande et même l'instruction verbale sont très difficiles, et pour lesquels il est très coûteux d'organiser un service de traitement gratuit nécessaire. Devant de

tels obstacles, la lutte contre le trachome est rendue particulièrement difficile et nécessite une attention particulière de la part des autorités sanitaires et de la société. Il serait dangereux de s'attendre à une amélioration trop rapide de la situation, surtout pour les pays gravement infectés par le trachome. Par contre, pour ce qui concerne les pays moins atteints et plus avancés, on peut constater que le traitement et la prophylaxie ont donné des résultats sérieux.

C'est ainsi qu'en Pologne, où l'on se trouve en présence d'une endémie trachomateuse, à la fréquence généralement faible, on a pu constater dans ces dernières années, grâce aux mesures prises par les autorités sanitaires, une amélioration encourageante de la situation.

Nous allons, après un court chapitre historique, envisager successivement :

- 1° Les mesures législatives concernant la lutte contre le trachome;
- 2° La fréquence du trachome en Pologne;
- 3° Les institutions antitrachomateuses en Pologne;
- 4° Le rôle de la propagande générale dans l'action antitrachomateuse;
- 5° Le rôle des praticiens généraux dans la lutte contre le trachome.

HISTORIQUE

En Pologne, le trachome est très anciennement connu. Il y fit son apparition à l'époque du Moyen-Age, lors de l'invasion de l'Europe Orientale par les hordes mongoles. Arrivant des pays fortement infectés de l'Asie Centrale, les Mongols semèrent l'infection trachomateuse partout où leur passage se fit sentir. Les Slaves de l'Est — les Russes — étaient les premiers à souffrir des conséquences néfastes de l'invasion mongole. Après avoir dominé les Russes, les Mongols se dirigèrent à l'Ouest contre les Slaves du Nord — les Polonais — qui, au cours de nombreux combats, ont à leur tour contracté le trachome. Dans la suite, le trachome affluait continuellement en Pologne, provenant de la Russie voisine, où, après l'agression des Mongols, il se répandit d'une manière endémique. Quant au trachome égyptien qui a provoqué tant de ravages dans l'Europe Méridionale et Occidentale, il n'a joué en Pologne qu'un rôle secondaire. Cependant deux périodes historiques sont à retenir :

1° Au milieu du xiv^e siècle, commence l'immigration juive en Pologne. Le peuple hébreu, dans sa vie errante, a donné lieu à des foyers intenses du trachome,

partout où il se fixait en nombre en des colonies séparées. Néanmoins, il faut admettre que l'isolation des Juifs dans les quartiers enfermés constituait un facteur, qui s'opposait à la propagation de l'infection trachomateuse aux éléments indigènes.

2° Au commencement du XIX^e siècle, lors de la Campagne d'Egypte, une grande épidémie du trachome a éclaté parmi les soldats de l'armée française. Le régiment polonais qui faisait partie de cette armée, comptait dans ses rangs de nombreux granuleux. Ramenés par Bonaparte en Europe, les Polonais avaient d'abord servi dans l'armée d'Italie, puis, lors de la création, en 1807, du Grand Duché de Varsovie, regagnant la patrie, ils auraient apporté et semé les germes de l'ophtalmie dont ils étaient affectés.

Pendant la dernière guerre, le nombre des cas de trachome a sensiblement augmenté en Pologne. En dehors de l'état de misère et de malpropreté, cette augmentation a été la suite du retour de Russie de nombreux émigrés et réfugiés, civils et militaires. Il est revenu de Russie environ 3.000.000 de personnes, dont une grande partie était atteinte de différentes maladies contagieuses. Comme, parmi les rapatriés, le trachome était également très répandu, une augmentation des cas d'infection trachomateuse en était la conséquence. Comme exemple, on peut citer le fait suivant : « Parmi les émigrés rapatriés, il y avait environ 30.000 enfants orphelins qui furent placés dans les différents asiles et orphelinats. Bientôt après, on a pu constater qu'à peu près 30 % de ces enfants étaient atteints de trachome ». (Zachert).

MESURES LEGISLATIVES CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE TRACHOME

Au point de vue légal, la lutte contre le trachome est réglementée :

1° par la loi du 25 juillet 1919, qui impose la déclaration obligatoire du trachome;

2° par le décret du Président de la République, en date du 28 mars 1928, concernant la lutte contre le trachome.

Le décret du Président de la République impose :

1° aux malades trachomateux le devoir de se soumettre au traitement et d'observer les règlements d'hygiène, pour empêcher la propagation de l'infection dans leur entourage;

2° aux communautés le devoir d'établir et d'entretenir des institutions prophylactiques et thérapeutiques nécessaires pour combattre le trachome;

3° aux autorités sanitaires, c'est-à-dire aux médecins officiels de l'Etat et des communes le devoir de surveiller;

a) les malades trachomateux et leur entourage, — en les instruisant sur la nature de l'affection,

sur le devoir de se soumettre au traitement, sur la manière de se comporter,

— en les dirigeant au dispensaire le plus proche soit pour le traitement, soit pour l'examen de contrôle,

— en exhortant les trachomateux qui abandonnent le traitement à le reprendre;

b) les institutions telles que les écoles, les asiles et les orphelinats; — en contrôlant les médecins de ces institutions;

— en prenant des dispositions préventives nécessaires, afin de préserver ces institutions contre le développement d'une endémie trachomateuse;

4° à l'office trachomateux du Département de la Santé du Ministère de l'Assistance sociale la direction générale de la lutte contre le trachome sur le territoire du pays entier.

Grâce à ces deux mesures, les fondements législatifs d'une action sociale unifiée contre le trachome ont été posés dans tout le pays.

LA FREQUENCE DU TRACHOME EN POLOGNE

Il est généralement admis que l'une des premières mesures à prendre en vue de toute campagne antitrachomateuse devrait consister dans une enquête méthodique préliminaire sur sa fréquence. Or la détermination de fréquence du trachome éprouve des difficultés non seulement d'ordre technique, mais aussi à cause de la nature même de la maladie, chronique et insidieuse. Pour se rendre compte d'une façon approximative de la fréquence du trachome dans un pays, il faut combiner plusieurs méthodes actuellement employées que nous allons successivement envisager.

STATISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS

En premier lieu, il convient de distinguer la statistique officielle du trachome qui nous renseigne sur l'incidence de cette maladie pendant une période déterminée ainsi que sur ses variations suivant les saisons chaudes ou froides de l'année.

Cette statistique officielle est basée sur les déclarations obligatoires de tous les cas nouveaux du trachome, que chaque institution thérapeutique et prophylactique, et chaque médecin, est tenu à signaler aux autorités sanitaires.

Pour les dix dernières années, la statistique officielle du trachome est représentée dans le tableau suivant :

Année	Trimestres				Total	Incidence par 10.000 hab.
	I	II	III	IV		
1927	2896	3470	4014	2710	13090	4,3
1928	3629	4443	2757	3045	13874	4,6
1929	1965	4665	3372	3885	13887	4,6
1930	4801	7121	7531	5088	24541	8,2
1931	5335	6365	6142	4453	22296	7,4
1932	4242	6250	5649	4406	20547	6,9
1933	3590	6035	5632	3928	19185	6,3
1934	4000	5606	4922	5514	20042	6,7
1935	3890	5301	6200	4190	19581	6,1

D'après ces données statistiques, on voit que le nombre annuel des déclarations du trachome est sujet à certaines variations. Depuis l'année 1927 jusqu'à l'année 1930, on a observé un accroissement continu du nombre de déclarations et, par suite, de l'incidence du trachome; dès l'année 1931, c'est, par contre, une lente décroissance qui se fait observer. Actuellement, on déclare encore environ 20.000 cas par an, ce qui, dans un pays de 34.000.000 d'habitants, correspond à une incidence de 6,0 cas pour 10.000 habitants, chiffre relativement élevé si on envisage qu'il n'accuse que les cas

nouveaux, révélés au cours de telle ou autre année.

En deuxième lieu, on constate que le maximum des cas déclarés se voit toujours pendant le 2^e et le 3^e trimestres, c'est-à-dire pendant les saisons chaudes de l'année, alors que le minimum correspond au premier trimestre, c'est-à-dire à la période la plus froide de l'année. De ces constatations, on peut conclure que le trachome est particulièrement contagieux pendant l'été, alors que pendant l'hiver une période d'accalmie se fait observer.

Pour terminer, nous sommes obligés de rappeler que l'enregistrement des trachomateux en Pologne n'est pas encore mis au point. En premier lieu, la déclaration de la maladie comporte des difficultés non seulement d'ordre technique, mais aussi à cause de la nature même de l'affection. Le moment de déclarer une affection aigue est facile à saisir; or le trachome est un mal chronique, à début souvent insidieux, dont le diagnostic ne s'appuie jusqu'à présent que sur son aspect clinique. Il arrive fréquemment que le même cas du trachome est déclaré à plusieurs reprises par diverses institutions où le malade se fait soigner successivement, soit par la même institution à mesure d'aggravations ou de rechutes. D'autre part, il y a beaucoup de cas qui échappent à la déclaration, soit à la suite des erreurs et des doutes du diagnostic, soit parce que les malades attendent que la maladie ait atteint un degré assez élevé pour consulter un médecin. C'est pour ces raisons que, par rapport à l'enregistrement des maladies infectieuses aiguës et de courte durée, l'enregistrement du trachome est beaucoup moins précis.

STATISTIQUES DES CAS DÉPISTÉS

Lorsqu'il s'agit d'une évaluation approchée de la répartition du trachome dans un pays et surtout pour apprécier les écarts de sa fréquence selon les régions et les localités, les données les plus sûres sont celles provenant de l'examen annuel des recrues, qui fournissent pour ainsi dire une coupe de la répartition du trachome dans toutes les classes de la population, sur toute l'étendue du pays, à l'âge de 20 à 23 ans. D'après les recherches des divers auteurs, la plus grande fréquence du trachome s'observe à l'âge de 1 à 15 ans, puis elle diminue progressivement. On peut donc admettre que la moyenne de la fréquence générale correspond à l'âge de 20 à 23 ans et, par conséquent, que l'indice, celui des recrues, correspond approximativement à l'indice général de la totalité de la population.

1° Voici le tableau concernant le pourcentage du trachome (indice trachomateux) parmi les recrues pendant la période 1927-1935 :

Année	Indice trachomateux
1927	1,17 peu précis
1928	1,16 »
1929	1,47 »
1930	1,55
1931	1,54
1932	1,40
1933	1,40
1934	1,30
1935	1,10

De ces données, il résulte que l'indice trachomateux oscille annuellement autour de 1,5 %. Nous pouvons donc admettre que, approximativement, sur 34.000.000 d'habitants, il y a, en Pologne, un demi-million environ de personnes atteintes du trachome. En 1935, l'indice trachomateux est tombé jusqu'à 1,1 %, ce qui peut être considéré comme signe de diminution de la fréquence de cette maladie dans le pays.

2° Voici maintenant le tableau concernant le pourcentage du trachome parmi les recrues, suivant les départements et les districts sur un certain nombre desquels chaque département est divisé :

Département	S**	Nombre des districts où l'indice trachomateux oscille entre :										Ind. moyen du trachome
		0,0 % - 0,1 %	0,1 % - 1 %	1 % - 2 %	2 % - 3 %	3 % - 4 %	4 % - 5 %	5 % - 7 %				
NE Wilna*	8**	0	0	0	1	1	4	2	4,60 %			
E Nowogrodek	8	0	3	1	3	0	1	0	1,77 %			
— Polésie	9	0	7	2	0	0	0	0	0,72 %			
— Wolynie	11	0	8	1	1	1	0	0	1,04 %			
SE Tarnopol	17	1	7	7	1	0	0	1	1,32 %			
— Stanislawow	13	4	9	0	0	0	0	0	0,36 %			
S Lwow	26	3	19	2	2	0	0	0	0,64 %			
— Cracovie	17	0	16	0	1	0	0	0	0,61 %			
SO Silésie	7	1	6	0	0	0	0	0	0,62 %			
O Posnanie	26	0	18	5	2	1	0	0	0,96 %			
NO Poméranie	16	0	12	4	0	0	0	0	0,62 %			
N Bialystok	12	0	3	6	0	1	2	0	1,65 %			
C Varsovie	23	0	9	5	1	3	2	3	2,55 %			
CE Lublin	18	1	14	2	0	1	0	0	0,65 %			
CO Kielce	16	0	10	0	3	0	2	1	1,71 %			
— Lodz	12	0	0	2	1	0	3	6	4,48 %			

*) N : Nord; E : Est; S : Sud; O : Ouest, etc.

**) Nombre de districts dans chaque département.

Ces données nous renseignent sur la répartition géographique du trachome en Pologne. On voit que la fréquence du trachome y est très inégale dans les divers districts; à peu près la 20^e partie de tous les districts ont l'indice du trachome entre 0,0 — 0,1 % du nombre total d'habitants; dans 17/20^e des districts, la fréquence du trachome va en oscillant de 0,1 % — 2 %; dans 2/20^e des districts, cette fréquence varie de 2 % — 5 %; et ce n'est que dans la dernière 20^e partie des districts situés dans les provinces du nord-est, du centre et du centre-ouest que l'indice trachomateux est supérieur à 5 %.

En ce qui concerne la répartition du trachome selon les départements, on constate :

— les plus infestés sont les départements de Wilno (Nord-Est), Lodz (Centre-Ouest) et de Varsovie (Centre) où l'indice trachomateux est supérieur à 2 % du nombre total d'habitants.

— les moins infestés les départements du Sud et de l'Ouest, où la fréquence du trachome varie de 0,02 — 1 %.

— Les départements situés dans l'Est et le Nord du pays où cette fréquence oscille entre 1 % — 2 % occupent une place intermédiaire.

STATISTIQUES DES CAS TRAITÉS

Dans un but prophylactique, il est nécessaire de connaître le nombre des trachomateux qui restent à l'abri du traitement et de toute surveillance sanitaire et qui, par ce fait, contribuent dans une large mesure à la propagation de cette maladie. Il est évident que seul l'exa-

men médical de la totalité de la population puisse nous renseigner avec précision sur ce sujet; or un tel examen est pratiquement impossible ou, tout au moins, très difficile et pour se rendre compte de la situation on est contraint de se contenter des chiffres théoriques qu'on obtient en déduisant du nombre total des trachomateux (basé sur les observations faites au moment de l'engagement pour le service militaire), le nombre des cas traités.

Nous venons d'étudier la fréquence générale du trachome en Pologne; reste à préciser le nombre total des cas traités.

Actuellement, l'Office de Santé est en train d'établir un registre courant de tous les trachomateux, c'est-à-dire comprenant les déclarés aussi bien des années passées, que de l'année courante, ainsi que des cas guéris. En attendant, on se sert des données de diverses institutions antitrachomateuses sur le nombre général des malades surveillés.

Les chiffres ainsi obtenus comportent presque la totalité des trachomateux traités, si on envisage que dans 95 % de cas, le trachome se rencontre parmi les classes pauvres qui profitent du traitement gratuit dans les diverses institutions et qu'un nombre relativement faible de malades se soigne chez les médecins praticiens.

Les chiffres concernant le nombre des malades traités dans ces institutions durant les dix dernières années figurent dans le tableau suivant :

Année	Nombre des malades trachomateux	Nombre des malades par 10.000 hab.
1927.....	9.004	3,00
1928.....	23.822	7,09
1929.....	35.797	11,9
1930.....	62.284	20,7
1931.....	70.667	25,3
1932.....	81.989	28,5
1933.....	90.620	31,5
1934.....	102.037	35,0
1935.....	113.121	35,3

D'après ces données statistiques, il semble que le nombre annuel des trachomateux qui suivent le traitement augmente continuellement. Cette augmentation est due avant tout au grand développement des institutions antitrachomateuses — dispensaires et services mobiles — qui ont contribué dans une large mesure au dépistage des nombreux cas du trachome latent et insidieux.

En 1935, il y avait 113.121 malades, avec un diagnostic certain du trachome, qui ont suivi le traitement dans les diverses institutions, soit 35,3 *trachomateux reconnus* par 10.000 habitants, contre 20,7 *trachomateux reconnus* par 10.000 habitants en 1930.

Pendant la même période l'indice général et probable de morbidité trachomateuse, calculé sur les observations faites au moment de l'engagement pour le service militaire, est tombé de 155 cas par 10.000 habitants en 1930 à 111 cas en 1935.

En comparant ces données nous constatons que :

1° si en 1930 il y avait : 155 trachomateux sur 10.000 habitants (chiffre probable), on en a pu reconnaître 20,7, soit 13,3 % seulement, tandis que 134,3 malades, soit 86,7 % étaient atteints de trachome latent à évolution silencieuse.

2° si en 1935 il y avait : 111 trachomateux sur 10.000 hab. on en a pu reconnaître 35,3, soit 31,8 % alors que 75,7 malades, soit 68,2 % étaient probablement atteints du trachome latent.

En se basant sur ces constatations nous pouvons conclure que :

1° La fréquence générale du trachome semble diminuer;

2° Le nombre des cas reconnus augmente;

3° Le nombre des malades qui restent à l'abri du traitement et de toute surveillance sanitaire a sensiblement diminué dans les cinq dernières années.

Cependant il faut remarquer que le nombre de ceux qui échappent à la surveillance médicale constituent encore 68,2 % de tous les cas de trachome, ce qui explique pourquoi, malgré la diminution de la fréquence générale, le taux de l'incidence n'a pas sensiblement varié dans ces dernières années.

Il s'agit dans un but prophylactique de dépister tous les cas de trachome. La seule façon capable de résoudre ce problème c'est l'augmentation progressive du nombre des institutions antitrachomateuses, ainsi que l'introduction d'une loi obligeant toute la population de subir un examen médical périodique.

LES INSTITUTIONS ANTITRACHOMATEUSES EN POLOGNE

Dans l'action contre le trachome l'organisation des établissements prophylactiques et thérapeutiques passe au premier plan. Il s'agit, en effet, de permettre à des vastes masses de trachomateux de profiter d'un traitement ophtalmologique avec un minimum de déplacement et de frais. En Pologne on dispose de nombreuses institutions de ce genre qu'on peut diviser en cinq groupes à savoir :

- 1° Les hôpitaux et les cliniques ophtalmologiques.
- 2° Les dispensaires antitrachomateux.
- 3° Les sanatoriums.
- 4° Les services mobiles de la Croix Rouge polonaise.
- 5° La colonne antitrachomateuse de l'Etat.

Chacun de ces groupes joue un rôle dans la lutte contre le trachome, dont nous allons préciser l'importance dans les articles suivants.

1° Hôpitaux et cliniques des yeux

Le premier groupe d'institutions antitrachomateuses se compose d'hôpitaux et de cliniques des yeux. Ces établissements dotés d'outillage nécessaire pour traiter les trachomateux sont capables de rendre de grands services dans la lutte contre le trachome.

Malheureusement le service hospitalier est encore relativement peu développé en Pologne.

On dispose de 5 cliniques oculistiques des Universités, 2 instituts ophtalmologiques, 26 services ophtalmologiques dans les hôpitaux publics, 10 services ophtalmologiques dans les hôpitaux militaires et d'un certain nombre de polycliniques privées pour les maladies des yeux.

Cependant il faut remarquer que les cliniques oculistiques, les instituts ophtalmologiques et les polycliniques privées qui exigent un prix très élevé pour le traitement, ne sont accessibles qu'à un nombre restreint de malades. Quant aux services ophtalmologiques dans les hôpitaux militaires, ils ne sont destinés qu'aux militaires, donc n'ayant qu'un caractère auxiliaire dans la lutte contre le trachome.

Par contre les services ophtalmologiques dans les hôpitaux publics jouent un rôle beaucoup plus important au point de vue de la lutte *sociale* contre le trachome. Conformément à la loi concernant la lutte contre le trachome ces services entretiennent des ambulances et des salles spéciales destinées aux trachomateux. Ils sont obligés de soigner les trachomateux exigeant un traitement spécialisé, surtout lorsqu'il s'agit des malades dirigés à l'hôpital par les dispensaires antitrachomateux. Les

pauvres sont soignés aux frais de communes, d'unions communales et d'institutions sociales; tous les autres doivent payer les taxes d'hôpital. Il y a à peu près 3.000 trachomateux qui profitent de ce traitement dans les services ophtalmologiques des hôpitaux publics.

A côté du traitement fermé, il existe aussi un traitement ambulatoire pour les trachomateux, dans les hôpitaux publics. Les malades qui en profitent ne sont pas obligés de séjourner à l'hôpital, mais aussitôt l'intervention sollicitée accomplie peuvent regagner leur domicile. Le traitement ambulatoire dans les hôpitaux publics est gratuit. Il y a à peu près 20.000 trachomateux par ans qui profitent de ce traitement.

Il est caractéristique de noter que le nombre de trachomateux dans les hôpitaux publics a sensiblement diminué dans ces dernières années par rapport au nombre total des maladies oculaires. En 1927 les trachomateux constituaient environ 15 % et ils ne constituent à présent que 5 % de la fréquence totale des maladies oculaires dans les hôpitaux publics. Il faut aussi noter que le pourcentage des cas de formes cliniques simples du trachome diminue notamment en faveur de celui de formes compliquées qui exigent véritablement un traitement par les spécialistes ou une intervention opératoire. En même temps les cas négligés antérieurement assez fréquents dans les hôpitaux deviennent de plus en plus rares. Cette diminution de la fréquence du trachome dans les hôpitaux ainsi que le changement progressif du type clinique prédominant est dû au développement de l'activité des dispensaires antitrachomateux dans le pays. Les dispensaires antitrachomateux ont considérablement sou-

lagé les hôpitaux en ce qui concerne le traitement des cas simples et négligés, alors que les hôpitaux s'occupent actuellement surtout de cas *compliqués*. Ainsi soulagés les hôpitaux peuvent apporter à la lutte contre le trachome une *assistance spécialisée* fort notable. Cependant à cause de la répartition très inégales de ces institutions accumulées pour la plupart dans les grandes villes, certaines parties du pays sont encore privées de tels secours, ou du moins n'en peuvent tirer profit que très difficilement. Il va de soi que la création de nouvelles institutions de ce genre est souhaitable; malheureusement elle est pour des raisons financières impossible à réaliser et pour le moment dans les endroits éloignés des hôpitaux ophtalmologiques, les malades sont obligés en majeure partie de se contenter des soins apportés par les autres groupes d'institutions antitrachomateuses.

2° Les dispensaires antitrachomateux

Le deuxième groupe d'institutions antitrachomateuses est formé par les dispensaires antitrachomateux. Les dispensaires antitrachomateux ont été conçus comme de petites unités thérapeutiques, disséminées dans diverses localités, parfois très éloignées des centres médicaux plus considérables, mais rapprochées en revanche autant que possible des foyers trachomateux, pour pouvoir fournir à la population le traitement nécessaire sur place et sans longues fatigues. En dehors de son rôle thérapeutique on les a chargé de l'activité prophylactique, à l'aide d'un enseignement et d'une propagande appropriée.

Pour que la lutte contre le trachome reçoive un ca-

ractère social et général, le problème s'imposait de couvrir le pays d'un réseau le plus dense possible de dispensaires antitrachomateux et, par suite d'organiser le plus grand nombre possible de ces institutions. Dans ce but on a utilisé en premier lieu plusieurs unités thérapeutiques et prophylactiques existant sur place, à savoir le centre d'hygiène, dispensaires antituberculeux et anti-vénériens, dispensaires généraux entretenus par les communes, unions communales et les assurances sociales. On a également organisé un certain nombre de dispensaires antitrachomateux tout à fait indépendants pour le service desquels on a eu recours dans une large mesure aux médecins praticiens; médecins officiels de l'Etat et des communes. Grâce à cette manœuvre les communautés que la loi obligeait à organiser les dispensaires antitrachomateux, sont parvenues à créer dans un idéal relativement court un réseau étendu de tels dispensaires. Leur création a été progressive mais à marche rapide. Actuellement on dispose de 511 dispensaires antitrachomateux répartis de la façon suivante :

Région Nord-Est	Départ. de Wilno	57 dispensaires
— Est	— de Nowogrodek ...	30 —
— Est	— de Polésie	22 —
— Est	— de Wolynie	47 —
— Sud-Est	— de Tarnopol	30 —
— Sud-Est	— de Stanislawow ..	13 —
— Sud	— de Lwow	31 —
— Sud	— de Cracovie	32 —
— Sud-Ouest	— de Silésie	2 —
— Ouest	— de Poznan	16 —
— Nord-Ouest	— de Poméranie	13 —

— Nord	— de Bialystoc	28	—
— Centre	— de Varsovie	45	—
— Centre-Est	— de Lublin	20	—
— Centre-Ouest ..	— de Lodz	64	—
— Centre-Ouest ..	— de Kielce	45	—

Sur ce nombre total de 511 dispensaires :

50 % constituent les parties des centres d'hygiènes
 30 % fonctionnent en commun avec les autres dispensaires et 20 % sont tout à fait indépendants.

Le service du dispensaire se compose en principe d'un médecin et d'une infirmière. Dans les grandes villes, les dispensaires sont conduits par les médecins ophtalmologistes et possèdent des infirmières diplômées. Cependant, une grande partie de ces médecins ont suivi préalablement un cours spécial de préparation en matière de diagnostic, de thérapeutique et la prophylaxie du trachome. Néanmoins l'étendue du secours médical que peuvent distribuer les dispensaires dirigés par des non spécialistes est évidemment moins vaste, car il est limité au traitement des cas simples et non compliqués du trachome. Comme à côté de cas simples il existe aussi des cas plus graves qui exigent des interventions chirurgicales et une thérapeutique spécialisée ont été obligé, pour suppléer à cet inconvénient, de créer des institutions nouvelles à savoir les services mobiles). Malgré cette imperfection le réseau des dispensaires antitrachomateux joue un rôle capital dans la lutte contre le trachome aussi bien au point de vue thérapeutique que prophylactique. Le relevé de l'activité générale des dispensaires au cours de l'année 1935 mon-

tre, en effet, que, sur le territoire entier du pays 241.960 personnes se trouvaient sous leur surveillance thérapeutique et prophylactique dont 109.510 avec un diagnostic certain du trachome ce qui constitue presque $\frac{1}{5}$ du nombre total des trachomateux en Pologne. Les infirmières visiteuses ont pris 41.439 renseignements dans les familles des malades, en donnant sur place des conseils et des indications en matière de prophylaxie antitrachomateuse. Il est évident que pour que la population toute entière puisse profiter de l'action bienfaisante des dispensaires antitrachomateux, il est nécessaire d'en augmenter le nombre, et réduire ainsi autant que possible, le rayon de son action, qui correspond actuellement en moyenne à 12 km.

3° *Les Sanatoriums*

Le troisième groupe d'institutions antitrachomateuses à la fois thérapeutiques et prophylactiques est représenté par les sanatoriums antitrachomateux. Ce sont des institutions pour le traitement fermé des trachomateux, internés dans leurs services. D'une façon générale, le traitement des trachomateux est ambulatoire, parce que la chronicité, la durée de cette affection ainsi que le nombre même des malades s'opposent à l'application du traitement fermé pratiqué avec tant de succès dans les maladies infectieuses aiguës. Cependant, on a constaté, que les malades traités dans les dispensaires disparaissent dès les premiers signes d'une amélioration et ne reviennent qu'au moment où, à la suite de l'interruption du traitement une nouvelle aggravation de leur

trachome s'est produite. Par contre, c'est un avantage inappréciable des sanatoriums fermés que, dans leur enceinte, la négligence des malades ne peut pas entraver la continuité du traitement. Il serait donc à souhaiter que tous les malades puissent profiter d'un traitement fermé dans les sanatoriums. Malheureusement ce mode de traitement pour des raisons indiquées ci-dessus, pourrait causer, en ce qui concerne les adultes, d'appréciables complications d'ordre économique et social ; au contraire chez les enfants, aucun inconvénient d'ordre social ne pouvant se poser, le traitement fermé a été appliqué en Pologne dans une large mesure.

Après la guerre, le nombre d'enfants dans les orphelinats et asiles a sensiblement augmenté et le trachome y a pris les formes d'une épidémie. Pour la combattre, les autorités sanitaires polonaises ont créé 13 établissements d'isolement et de cure pour enfants trachomateux. A côté de la tâche médicale, les nouveaux établissements ont dû prendre sur eux les fonctions des maisons d'éducation, en organisant des écoles spéciales et des ateliers pour leurs malades, de façon à ne pas obliger les enfants d'interrompre leurs études.

On a isolé et soigné dans ces établissements pendant la période de 1920-1929, 6.640 enfants trachomateux, dont 5.157 ont été guéris. Grâce à l'action bienfaisante de ces établissements, grâce aussi à l'inspection oculaire pratiquée périodiquement dans les asiles et les orphelinats, ayant pour but d'éliminer les enfants malades, on a obtenu une diminution notable du trachome dans ces milieux; de 13 % en 1924, le pourcentage des enfants trachomateux dans les orphelinats tombe à 5 %

en 1929. Comme, en conséquence le nombre des malades dans les établissements fermés pour les enfants trachomateux a sensiblement diminué, on les a progressivement liquidés, et pour continuer leur travail on a organisé deux grandes Maisons de Santé pour enfants trachomateux. En 1933 la fréquence du trachome est tombée à 1,8 % de sorte que le maintien de deux grandes maisons antitrachomateuses est devenu superflu. A présent on dispose d'une seule maison de santé, la *Station pour enfants trachomateux de Witkowice*, attachée à la clinique ophtalmologique de l'Université de Cracovie qui doit servir le pays entier. Elle possède une installation nécessaire et suffisante pour le traitement de plusieurs centaines de trachomateux ainsi qu'une école et des ateliers capables d'assurer aux jeunes malades une instruction convenable. Cette maison de santé joue en même temps le rôle d'un poste de recherches scientifiques. Au cours des deux dernières années, la station de Witkowice a assuré le traitement fermé à 1.000 enfants environ, arrivés de tous les coins du pays, de tous les orphelinats et asiles en jouant ainsi le rôle non seulement d'une institution thérapeutique, mais aussi d'un facteur prophylactique préservant ces établissements contre la propagation du trachome.

4° Services mobiles des yeux de la Croix-Rouge polonaise

La Croix-Rouge polonaise a organisé, avec le concours du gouvernement, deux services mobiles ayant pour devoir de fournir à la population le secours ophtal-

mologique, surtout dans les endroits atteints du trachome. Chacun de ces services comprend trois médecins spécialistes outre le personnel auxiliaire. Ils sont obligés de travailler pendant les trois mois d'été dans plusieurs localités, dont l'ordre de l'incursion est fixé d'avance. Les consultations et le traitement des trachomateux dans ces services mobiles est gratuit, ce qui contribue parfaitement à son exploitation par la population des régions visitées, pour la plupart assez pauvre.

En premier lieu, ces services ont été dirigés sur le territoire du département de Wilno, département le plus affecté de trachome. La population de ce département a eu ainsi un accès excellent, bien que pendant une période plutôt courte, aux bienfaits d'un secours antitrachomateux apportés par des spécialistes. Pour se rendre compte de la valeur du travail de ces colonnes citons que pendant 5 années de leur travail, elles ont donné dans 37 localités visitées :

à peu près 240.000 consultations, dont plus de 120.000 antitrachomateuses et exécuté 7.000 opérations et 18.000 autres interventions ophtalmologiques, dont la plupart ont porté aussi sur les trachomateux.

Les résultats obtenus, grâce aux travaux de ces services mobiles sur le territoire du département de Wilno, dans ces dernières années, sont fort encourageants, en ce qui concerne la diminution des effets nuisibles du trachome et en même temps l'abaissement de la fréquence de son apparition.

5° *La colonne antitrachomateuse de l'Etat*

Dans les dispensaires de province, le manque de

médecins spécialistes se fait particulièrement sentir. Dans un grand nombre de ces dispensaires, le service est assuré par les médecins non spécialistes, qui ne peuvent pas apporter toujours des soins nécessaires sur place, surtout en ce qui concerne les cas compliqués du trachome. Or on a constaté que le pourcentage des complications du trachome est précisément très élevé dans les dispensaires de province où il atteint 20 % environ.

Afin d'améliorer l'activité des dispensaires antitrachomateux et de fournir en même temps le secours des spécialistes à la population provinciale, une *Colonne Antitrachomateuse* spéciale a été organisée par l'Etat en 1930. Elle a pour but de faire méthodiquement la tournée des dispensaires et d'y travailler, en collaboration avec leur personnel. Cette colonne se compose d'un médecin spécialiste et d'une infirmière diplômée. Elle dispose des installations et de tous les moyens nécessaires pour développer un travail ophtalmologique sur place.

Cette colonne est affectée successivement aux divers départements, où elle doit faire au cours de 3-6 mois le tour des dispensaires, d'après un programme dressé d'avance.

En dehors du travail thérapeutique, la colonne antitrachomateuse de l'Etat exerce une action générale très importante en vérifiant sur place l'organisation et le mode du travail du personnel des dispensaires, en l'instruisant, en coordonnant son activité avec celle des autres institutions.

Pendant les 5 dernières années de son travail, la colonne antitrachomateuse a visité 8 départements, en

donnant plus de 80.000 consultations, en pratiquant 3.000 opérations et 12.000 autres interventions. Les résultats du travail de la colonne sont fort encourageants et témoignent en faveur d'un développement ultérieur de nouvelles institutions de ce genre, car il est évident qu'un pays comptant plus de 400 dispensaires anti-trachomateux ne peut pas être servi avec efficacité par une seule colonne. Il est donc nécessaire d'augmenter progressivement le nombre de ces colonnes de façon que chaque département en possède une pour ses propres besoins.

PROPAGANDE GENERALE

Un rôle important dans l'action sociale contre le trachome doit être consacré à la propagande et à l'instruction de la population relativement au trachome, à ces modes de propagation, et au danger qu'il représente pour la santé de l'individu qui en est atteint.

La direction générale de la propagande antitrachomateuse en Pologne, repose entre les mains du département de la Santé du Ministère de l'Assistance Sociale qui travaille en collaboration avec un comité de propagande spécialement formé. Leur tâche consiste dans l'organisation du système de propagande ainsi que dans l'élaboration des projets concernant les moyens de propagande qui doivent être employés.

La mise en œuvre de la propagande constitue avant tout le devoir des médecins et du personnel auxiliaire des institutions antitrachomateuses, de médecins officiels de l'Etat et des communes, des médecins militaires, des médecins des écoles, des orphelinats et des organisations sociales.

Les moyens de propagande actuellement employés

sont multiples. En Pologne, on attache beaucoup d'importance à la publication des affiches de propagande et des brochures illustrées sur le trachome, distribuées dans les écoles, dans les institutions antitrachomateuses et parmi les militaires. La valeur de ces moyens de propagande est discutable. Il est certain que la distribution des brochures comme moyen de propagande peut jouer un certain rôle, surtout en ce qui concerne les militaires, par exemple, mais elle ne peut jouer qu'un rôle tout à fait auxiliaire en ce qui concerne la majorité de la population. Il est presque certain que dans la plupart des cas, ces brochures n'accomplissent pas la tâche qui leur est attribuée; qu'avant d'être lues elles sont jetées ou deviennent le jouet du plus jeune membre de la famille. Il est donc nécessaire d'employer d'autres moyens de propagande qui pourront accomplir leur tâche avec beaucoup d'efficacité.

En premier lieu, il convient de rappeler la propagande à l'école. Contrairement à la distribution des brochures, l'instruction verbale constitue à l'âge scolaire un précieux moyen de propagande. Elle est accomplie par les membres du corps enseignant d'une part, par les médecins d'autre part.

Les instituteurs doivent surtout faire ressortir la nécessité pour chaque individu d'observer les règles de la propreté, d'avoir son propre lit, de maintenir les objets de toilette en parfait état de propreté et de consulter un médecin dès qu'il constate les premiers symptômes de troubles oculaires.

Les médecins des écoles doivent être chargés de temps à autre de conférences avec projections compor-

tant un enseignement des notions élémentaires sur le trachome et sur les soins oculaires.

Non moins importante est la propagande faite parmi les classes ignorantes de la population. Il est généralement démontré que la propagande qui donne les meilleurs résultats est celle qui est faite par les infirmières visiteuses à domicile. En Pologne, les infirmières visiteuses au nombre de 650 environ, font partie du personnel des institutions antitrochomateuses — dispensaires et services mobiles. Elle ont pour devoir de prendre le renseignement dans les familles de malades en donnant sur place des conseils et des indications en matière de prophylaxie antitrachomateuse. Elles doivent en outre, faire ressortir la nécessité pour tous les membres de la famille où il existe un cas de trachome de se soumettre à l'examen médical.

Il faut cependant remarquer que le nombre des infirmières visiteuses est encore insuffisant pour qu'on puisse appliquer les mêmes mesures dans les familles où aucun cas de trachome n'a été révélé. Comme l'instruction des classes pauvres et ignorantes vivant entassées et sales constitue l'une des mesures primordiales de la prophylaxie antitrachomateuse, il faut de toute nécessité que les institutions antitrachomateuses multiplient le nombre des infirmières visiteuses.

Ajoutons pour terminer que actuellement on dispose de deux nouveaux moyens de propagande à savoir : le cinématographe et la T.S.F.

Le cinématographe est un auxiliaire utile mais généralement trop coûteux.

Quant à la radio, ce précieux moyen de propa-

gande n'a pas encore été suffisamment exploité en Pologne. De temps à autre, on fait des conférences concernant l'hygiène générale, mais ces conférences d'ailleurs très rares, largement espacées, faites pendant les heures du travail n'ont pas de grand espoir d'être entendues par ceux pour lesquels elles sont plus particulièrement destinées.

En employant la T.S.F. comme moyen de propagande, il faut se rappeler que le trachome, comme d'ailleurs toutes les autres maladies contagieuses, se voit surtout chez les paysans et les ouvriers et que ce sont surtout ces éléments qu'il est nécessaire d'instruire.

Il faut donc que l'enseignement élémentaire concernant l'hygiène générale et la prophylaxie des maladies contagieuses, fait par l'intermédiaire de la T.S.F., soit spécialement adressé aux paysans et aux ouvriers (émissions spéciales).

Il faut en outre exposer ce sujet plus fréquemment et plus régulièrement. Il faut, pour que la majorité de la population puisse bénéficier de cet enseignement, choisir le dimanche, journée libre de travail, pour ce genre de conférences.

LE ROLE DES PRATICIENS CENERAUX DANS LA LUTTE CONIRE LE TRACHOME

En organisant une action sociale contre le trachome, on se trouve en face du dilemme : confier le traitement des trachomateux aux oculistes seulement, ou bien et en quelle mesure engager les praticiens généraux à collaborer à cette tâche. Dans les pays où le trachome est endémique et dispersé, il est impossible d'organiser une campagne antitrachomateuse générale sans un large concours des praticiens généraux, domiciliés dans les petites localités de province et capables d'assurer aux trachomateux un traitement accessible et systématique, conforme à la nature chronique de ce mal. En Pologne, où le trachome sévit avec une intensité assez élevée par rapport au nombre insuffisant des spécialistes, les praticiens généraux ayant subi un cours d'adaptation, ont été largement employés à la lutte contre le trachome, bien entendu sous la direction et la surveillance des oculistes. C'est ainsi que les praticiens généraux assurent actuellement le service de la plupart des dispensaires antitrachomateux de petites villes et de villages. Cependant, on a admis comme principe fondamental, que les médecins généraux n'ont à se servir

que des méthodes d'examen et de traitement aussi simples que possibles, n'exigeant pas d'interventions du spécialiste. Ce principe doit être observé avec une rigueur particulière vis-à-vis des enfants, les méthodes trop énergiques étant mal tolérées à cet âge et non exemptes de conséquences parfois fâcheuses. Dans tous les cas opiniâtres, surtout en face des complications cornéennes, le praticien doit recourir à l'assistance d'un spécialiste ou diriger le malade à l'hôpital. Les praticiens généraux ne peuvent soigner les complications que selon les indications et sous la surveillance personnelle des oculistes, en se bornant eux-mêmes à apporter les premiers secours au malade qui en est atteint.

Rappelons pour terminer qu'est-ce que les praticiens généraux doivent entendre sous la dénomination de « méthodes simples », du traitement antitrachomateux. Suivant les instructions, le praticien doit commencer de règle par application du traitement préparatoire ayant pour but de combattre les signes inflammatoires du mal. Les moyens thérapeutiques applicables pendant le traitement préparatoire sont avant tout : la solution de nitrate d'argent à 2 % accompagnée de lavages à la solution physiologique pour éviter l'argyrose, la solution de sulfate de zinc et d'autres astringents ou antiseptiques. La durée du traitement préparatoire est de quatre semaines, période pendant laquelle le médecin a le temps selon la nécessité de vérifier l'exactitude de son diagnostic. Ceci fait, il peut passer au traitement essentiel qui consiste à supprimer les granulations trachomateuses. Les médicaments pharmacologiques n'y jouent qu'un rôle accessoire, la vraie importance revient alors

aux interventions mécaniques et opératoires. Ces interventions consistent en écrasement des granulations avec une baguette de verre après la mise en entropion de la conjonctive.

Il est avantageux de combiner la pression mécanique avec la friction à l'aide d'un médicament destiné à stériliser les couches plus profondes de la conjonctive. Cette manœuvre, connue sous le nom de frottage, s'effectue à l'aide d'une baguette de verre enroulée par un tampon d'ouate, trempé dans un médicament tel que la solution du sulfate de cuivre, de l'huile de chaulmoogra. En répétant le frottage soit tous les jours, soit dans des intervalles de quelques jours, on arrive progressivement à nettoyer toute l'étendue de la conjonctive sans laisser macroscopiquement que peu ou pas de cicatrices.

La conjunctivite post-trachomateuse enfin, est justiciable du traitement secondaire à longue échéance. Ce sont avant tout les procédés mécaniques tels que le massage à boule de verre, le polissage à baguette d'alun qu'on applique universellement à cette période. Si ce médicament est mal supporté, on applique alors le massage à l'huile de chaulmoogra qui est beaucoup mieux toléré.

Tous ces moyens du traitement sont en général bien supportés par les malades et se prêtent facilement à être exécutés, sans aucun risque, pour les médecins. Comme alors en Pologne le trachome compliqué ne constitue que 27 % de la totalité des cas, et que dans 73 % des cas le trachome est justiciable du traitement simple, les praticiens généraux peuvent dans une large mesure concourir à la lutte antitrachomateuse.

CONCLUSIONS

En se basant sur les statistiques des cas déclarés, celle de cas traités dans les diverses institutions antitrachomateuses, et sur les observations faites au moment de l'engagement pour le service militaire, nous avons établi que :

1° Actuellement, il y a en Pologne environ 400.000 trachomateux;

2° Sur ce nombre, il y a :

a) à peu près 130.000 malades qui suivent le traitement dans les diverses institutions antitrachomateuses;

b) tandis que 280.000 malades échappent à la surveillance médicale.

3° Actuellement on enregistre annuellement environ 20.000 cas de trachome, soit 6,1 par 10.000 habitants;

4° Les provinces les plus infectées sont celles du Nord-Est, du Centre-Ouest et du Centre, où les conditions sanitaires et sociales insuffisantes facilitent la propagation de la maladie.

Cependant, grâce aux mesures hygiéniques prises par les autorités sanitaires polonaises, grâce à la propagande générale, grâce aussi à la contribution des médecins praticiens à la lutte contre le trachome, on a remarqué dans les cinq dernières années, une amélioration encourageante de la situation. On a constaté que :

1° La diminution de la fréquence générale;

2° L'augmentation du nombre des malades qui suivent le traitement et parallèlement la diminution du nombre des trachomateux qui restent à l'abri de toutes surveillance médicale;

3° La diminution du nombre des cas nouveaux qui est tombé :

de 8,2 malades par 10.000 habitants en 1930

à 6,1 malades par 10.000 habitants en 1935

Les mesures prises par les autorités sanitaires sont : a) mesures législatives concernant la lutte contre le trachome; b) la création de nombreuses institutions antitrachomateuses qui ont contribué dans une large mesure au dépistage de plusieurs cas du trachome et qui ont assuré un traitement gratuit à un fort nombre de trachomateux.

Il faut distinguer : a) les institutions antitrachomateuses destinées au traitement des cas simples du

trachome — dispensaires antitrachomateux; b) les institutions antitrachomateuses dotées d'un outillage nécessaire pour le traitement des cas compliqués — hôpitaux et cliniques des yeux, ainsi que les services mobiles; enfin c) les institutions destinées spécialement aux enfants trachomateux, — les sanatoriums antitrachomateux.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annuaire sanitaire international, S.D.N., 1924, p. 104.
2. Annuaire sanitaire international, S.D.N. 1928, pp. 746, 760.
3. Annuaire sanitaire international, S. D. N. 1929, p. 930.
4. Annuaire sanitaire international, S.D.N. 1930, p. 741.
5. CANGE (M.-A.). — Le Trachome, 1934.
6. Conseil d'Hygiène, S.D.N., CH. 857 : mars 1930.
7. MAJEWSKI (C.). — La station Witkowice pour les enfants trachomateux. (*Revue Internationale du Trachome*, 1934).
8. MULLER (A.). — Répartition géographique du trachome. Thèse de Lyon, 1932.
9. Office international d'hygiène publique. 1926, p. 431.
10. Office international d'hygiène publique. 1930, p. 365.
11. Office international d'hygiène publique. 1931, pp. 454 et 463.

-
-
12. Quatrième rapport d'épidémiologie de la section d'hygiène. S.D.N. 1926, p. 75.
 13. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1924, pp. 428, 471, 511, 555, 592, 639, 734.
 14. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1925, pp. 61, 206, 358, 539.
 15. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1926, pp. 93, 374, 669.
 16. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1928, pp. 247, 359.
 17. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1929, pp. 11, 289, 511.
 18. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1930, pp. 228, 435.
 19. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1931, pp. 27, 202, 455.
 20. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1932, pp. 146, 302.
 21. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1933, p. 153.
 22. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1934, pp. 35, 178.
 23. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1935, pp. 41, 78, 92.
 24. Rapport épidémiologique de la S.D.N. pour l'année 1936.
 25. ROSTKOWSKI (L.). — Organisation de la lutte contre le trachome dans la voïvodie de Wilno. (*Revue internationale du trachome*, 1932, p. 142).
 26. ROSTKOWSKI (L.). — Sur la statistique du trachome (*Klinika oczna*, 1935, IV, p. 836).
-
-

-
-
27. ROSTKOWSKI (L.). — Zwalczenie jaglicyw woj. Krakowskim. (*Klinika Oczna*, 1935, IV, p. 862).
 28. SEXE (J.). — La lutte antitrachomateuse en Pologne (*Revue Internationale du trachome*, 1935, p. 217).
 29. SIELICKI (B.). — Le rôle de l'école dans la propagation du trachome. (*Klinika Oczna*, 1936, III et IV, p. 551).
 30. SZYMANSKI (J.). — Les services mobiles. (*Klinika Oczna*, 1937, I, p. 111).
 31. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1925, p. 64.
 32. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1927, p. 36.
 33. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1928, p. 39.
 34. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1929, p. 41.
 35. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1930, p. 43.
 36. Statistiques des maladies à déclaration obligatoire, 1931, p. 44.
 37. Statistique corrigées des maladies à déclaration obligatoire, 1932, p. 16.
 38. Statistiques corrigées des maladies à déclaration obligatoire, 1933, p. 55.
 39. Statistiques corrigées des maladies à déclaration obligatoire, 1934, p. 58.
 40. ZACHERT (M.). — L'action antitrachomateuse dans les écoles. (*Klinika Oczna*, 1936, II, 261).

-
-
41. ZACHERT (M.). — Les dispensaires antitrachoma-
teux à Varsovie (*Przegląd Trachomatologii i Okulis-
tyki Spół*, 1935, p. 99).
 42. ZACHERT (M.). — Indications pour les praticiens gé-
néraux sur le traitement du trachome (*Revue inter-
nationale du Trachome*, 1936, p. 177).
 43. ZACHERT (M.). — La lutte contre le trachome chez
les enfants post-scolaires (*Klinika Oczna*, 1937, I,
p. 112).
 44. ZACHERT (M.). — Mesures sociales et administratives
contre le trachome (*Revue Internationale du Tra-
chome*, 1935, p. 118).
 45. ZACHERT (M.). — Le problème du trachome en Po-
logne par rapport aux pays environnants (*Revue
Internationale du Trachome*, 1933, p. 82).
 46. ZACHERT (M.). — Le Trachome en Pologne (*Revue
Internationale du Trachome*, 1929, p. 15).

